HYSTÉRECTOMIE
ABDOMINALE
TOTALE

2.

Par le Dr Fr. GUERMONPREZ (de Lille)

et A. DUVAL,

ancien externe des hôpitaux de Lille,
interne de la Maison de Secours pour les blessés de l'industrie.

1° Communication à l'Académie ;
2° Observations ;
3° Recherches experimentales.

LILLE
L. QUARRÉ, ÉDITEUR,
Grand'Place.
1892.

LILLE, IMPRIMERIE L. DANEL.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

PAR LE Dr FR. GUERMONPREZ (DE LILLE).

Bien que les fibrômes utérins soient extrêmement variés et justifient des opérations diverses, il existe cependant un groupe de cas nombreux et graves de ces tumeurs, auquel la chirurgie oppose une opération précise et incontestée : l'hystérectomie.

C'est un procédé probablement nouveau (en tout cas peu connu) de cette opération, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

Dans sa séance du 5 novembre 1890, la *Société de Chirurgie* a entendu un remarquable rapport de M. L. G. Richelot sur la question de la thérapeutique des fibrômes utérins. — Il signale l'hystérectomie *vaginale* totale, comme une opération d'exception, qu'il faut réserver à un nombre restreint de cas très particuliers ; — puis il présente, avec de complets développements, l'état actuel de la question de l'hystérectomie abdominale, la seule qui soit praticable pour les fibrômes volumineux. Deux procédés y sont remarquablement critiqués et discutés pour le traitement du pédicule : dans l'un, ce pédicule est fixé à la paroi abdominale ; dans l'autre, il est serré par une ligature élastique perdue ; — mais, dans tous les deux, il y a une même limite d'exérèse : l'hystérectomie reste partielle ; elle est supra-vaginale ; elle laisse subsister une plus ou moins importante portion du col.

Au cours de la discussion, M. Pozzi prit soin de rappeler les faits d'extirpation totale de l'utérus. Ceux de Freund se rapportent au cancer, et non pas aux fibrômes de l'utérus; Martin (de Berlin) y relève d'ailleurs 8 décès sur 30 opérations.

Le 31 mars 1891, au 5e *Congrès français de Chirurgie*, M. Terrillon fit une importante communication sur l'hystérectomie abdominale. Dans tous les cas, il s'agit bien de fibrômes utérins. — Vingt-six opérations sont faites avec le pédicule extérieur ; mais l'auteur reproche à ce procédé plusieurs fistules abdomino-vaginales rebelles ; il lui reproche en outre d'assez fréquentes éventrations secondaires. Vingt-huit autres opérations forment une seconde série opposée à la première : dans cette seconde série, le pédicule a été rentré, réduit dans le ventre. — L'auteur se borne à conclure que les deux méthodes sont à peu près également bonnes, réservant la seconde aux pédicules courts et étroits, conservant la première pour les pédicules longs et larges.

Le lendemain, 1er avril, le *Congrès* entendait la relation d'une hystérectomie totale pratiquée par M. Bouilly. Il s'agissait d'un cas complexe, fibrôme du corps, cancer du col. M. Bouilly fit deux opérations coup sur coup : l'hystérectomie abdominale supra-vaginale d'abord, l'hystérectomie vaginale sur ce qui restait du col ensuite. — Sa conclusion est formelle: il pense que ce mode opératoire pourrait être appliqué, avec avantage à l'extirpation de certains fibrômes. « En enlevant ainsi, séance tenante, par le vagin, le moignon, on supprimerait, d'après M. Bouilly, le pédicule et les dangers de septicité ou de récidive, qu'il entretient toujours, quand on le réduit. »

M. Pozzi rappelle alors la pratique de Bardenheuer et celle de Martin (de Berlin) et il ajoute qu'en Allemagne, on semble revenir de cette méthode de la double hystérectomie combinée appliquée aux corps fibreux.

Cependant, dès 1864, Burnham (de Lowel en Amérique), avait enlevé l'utérus « jusqu'au-dessous du point où le col s'unit avec le vagin » : il s'agissait bien d'un fibrôme.

En 1864 et en 1866, M. Kœberlé a peut-être fait des opérations également étendues ; (mes documents manquent de précision.)

Il est incontestable que, le 22 septembre 1869, M Péan a fait l'ablation de la totalité de l'utérus, par la voie abdominale, non pas pour un cancer, mais bien pour une tumeur fibro-cystique ; toutefois, dans son étude sur l'hystérectomie, publiée en 1873, en collaboration avec M. Urdy, il n'en donne point les règles précises. — D'autres opérations analogues paraissent avoir été faites par le même chirurgien.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, l'observation d'une hystérectomie abdominale totale pratiquée avec succès et qui est de nature à confirmer l'opinion exprimée par M. Bouilly et à présenter cette opération comme une opération de choix, du moins pour certains fibrômes interstitiels et volumineux.

Pour préparer l'opération, j'avais assuré une désinfection aussi complète que possible par des injections vaginales astringentes et chaudes renouvelées deux fois par jour pendant un mois.

Pour exécuter l'opération, j'ai pratiqué les premiers temps suivant la méthode devenue classique.

Lorsque j'eus sectionné les deux ligaments larges jusqu'au voisinage du col, la masse utérine cessa d'être enclavée ; je pus l'entraîner de bas en haut. Pendant cette manœuvre, la portion de péritoine, qui forme le repli vésico-utérin, prit une dimension plus étroite : — j'en fis la section transversale, en me rapprochant de l'utérus et en m'éloignant de la vessie des uretères. Au moyen des doigts et aussi de quelques coups de bistouri, je traversai aisément le tissu cellulaire qui tapisse le col utérin et le sépare de la vessie. — Lorsque je me crus assez proche du museau de tanche, je fis une incision longitudinale et médiane, dans une étendue d'un centimètre seulement. Quand mon bistouri fut parvenu dans une cavité, j'introduisis une solide sonde cannelée dans le trajet obtenu et j'en fis immédia-

tement l'achèvement, en poussant l'instrument directement d'avant en arrière jusque dans le cul de sac de Douglas. — Une pince-clamp fut placée à droite ; une autre à gauche et immédiatement toute la masse fut excisée. — L'hémostase était bonne ; mais le niveau de la section n'était pas celui que j'avais cherché. Le toucher vaginal prouvait, en effet, qu'il restait encore une très courte portion du col. — La même incision fut recommencée, longitudinale et médiane ; elle fut beaucoup plus facilement obtenue ; et tout le reste du col fut enlevé.

Les annexes furent ensuite enlevées à droite et à gauche, selon la façon accoutumée.

Deux ligatures au fil de soie furent énergiquement serrées sur chacune des deux portions de la section du vagin.

Le reste de l'opération fut conduit en suivant les règles ordinaires; et le pansement de la laparotomie fut complété par l'introduction de gaze iodoformée dans la cavité vaginale.

Il ne survint aucun accident; mais les injections vaginales ne furent reprises que huit jours après l'opération et seulement avec une très faible pression. Le seul incident à signaler c'est l'élimination de quelques petits débris sphacélés, trouvés dans le liquide des injections un mois après l'opération.

La malade est guérie ; elle a repris ses occupations.

L'opération, ainsi conduite, diffère des procédés antérieurement décrits, parce que le chirurgien n'intervient jamais par la voie vaginale.

Aug. Martin (de Berlin) pratique d'abord les deux incisions de la muqueuse vaginale, que M. L. G. Richelot préconise si judicieusement pour commencer l'hystérectomie vaginale. C'est encore ce qui fut fait par M. Bouilly; mais ce n'est plus praticable pour une tumeur volumineuse ; il en est de même pour un utérus enclavé très haut.

Tous ceux, qui voudront bien s'en rendre compte sur le cadavre, apprécieront combien le procédé de l'hystérectomie exclusivement abdominale est sincèrement réalisable pour enlever la totalité de l'utérus. L'incision sous-ombilicale ne suffit

pas d'ordinaire ; mais son étendue n'ajoute pas à la gravité de l'opération. L'utérus semble très enclavé tout d'abord ; mais, lorsqu'on fait la section étendue des ligaments larges, sans aller jusqu'à la région des artères utérines, on parvient, sans grand effort, à mobiliser l'utérus. La vessie semble bien solidaire de la portion voisine de l'utérus ; mais il n'en est plus de même, lorsque la portion correspondante du péritoine est sectionnée avec son substratum cellulo-fibreux. La différenciation des deux organes se fait tout aussi sûrement que par la voie vaginale ; elle se fait à ciel ouvert, et par conséquent d'une façon qu'on serait tenté de qualifier plus chirurgicale. Les uretères sont incontestablement menacés ; mais il faut reconnaître qu'il en est ainsi dans toutes les hystérectomies, quelles qu'elles soient. Des quelques recherches que j'ai faites, il semble résulter que le danger de blesser les uretères ne se trouve pas dans les temps opératoires de l'hystérectomie elle-même, il est beaucoup plus menaçant pendant le temps de l'ablation des annexes. Enfin, le fond du vagin reste largement ouvert et semble à première vue conduire à l'issue des intestins par cette voie ; mais c'est là une crainte chimérique ; la preuve en est dans les nombreuses hystérectomies vaginales pratiquées depuis quelques années, sans que jamais aucun accident de ce genre ait été signalé. Un danger plus pressant peut résulter de l'infection du péritoine, ou des surfaces de section, par les liquides septiques versés par l'utérus au moment de l'enlèvement de sa masse. Il y aura des cas moins favorables que celui, dont j'ai l'honneur de présenter la relation à l'Académie. Il me semble qu'il pourra y être pourvu au moyen d'un serre-nœud élastique installé comme on le fait pour l'hystérectomie supra-vaginale. Il suffira de désinfecter à nouveau la portion située au-dessous du lien, avant de pratiquer le dernier temps de l'exérèse.

Pour me résumer, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

I. — L'hystérectomie abdominale totale est praticable dans

certains cas de fibromes utérins interstitiels et volumineux avec enclavement de la masse ;

II. — Cette opération comprend : 1° La section des deux ligaments larges, en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines ; — 2° la section transversale du péritoine vésico utérin ; — 3° la séparation des deux organes au moyen des doigts, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche ; — 4° l'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure ; — 5° la transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée que l'on fait sortir dans le cul de sac de Douglas ; — 6° l'hémostase est assurée avant l'exérèse au moyen de deux pinces-clamps si bien accréditées pour l'oophrectomie et la salpingectomie.

14 septembre 1891.

DEUX CAS

D'HYSTÉRECTOMIE TOTALE ABDOMINALE

Par M. A, DUVAL,
ancien externe des hôpitaux de Lille,
interne de la Maison de Secours pour les blessés de l'industrie.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomo-clinique, la relation de deux cas d'hystérectomie totale par la voie abdominale, pratiquée par M. le prof. Guermonprez, pour myomes utérins.

Observation I.

Mademoiselle Pauline L....., 36 ans, receveuse des postes, est née très délicate, a toujours eu besoin de beaucoup de soins ; elle est anémique et même chétive.

La menstruation s'est établie régulièrement à l'âge de 15 ans, sans souffrances notables. Les règles reviennent tous les 27, 28 jours, copieuses, mélangées de quelques caillots, durant en moyenne cinq jours. L'évacuation des caillots occasionne des coliques assez intenses pour réveiller la malade pendant la nuit ; après cette évacuation, il y a une sensation de soulagement. Parfois les coliques sont particulièrement exagérées et sont accompagnées de vomissements et de diarrhée, le tout ayant d'ailleurs une durée assez restreinte.

En juin 1885, débute brusquement ce que la malade appelle une « irritation d'intestin ». Ce qui caractérise cette affection, c'est un état endolori presque permanent, se manifestant surtout avant les

*

règles ; la crise était très pénible et les phénomènes douloureux s'étendaient à tout le ventre ; on aurait même prononcé le mot de péritonite. On a appliqué successivement quatorze vésicatoires de 8 × 10 ou de 10 × 12 centimètres ; régime lacté ; une cuillerée à café d'huile de ricin chaque matin ; lavements de décocté de graine de lin.

En septembre 1888, surviennent des pertes copieuses au moment des règles ; ces pertes se reproduisent aux époques suivantes et même dans leur intervalle. La malade doit garder le lit ; dragées d'ergotine ; perchlorure de fer en potion.

En septembre 1889, M. le D[r] Leblond, de Paris, voit la malade en consultation. Il signale l'existence d'un fibrôme utérin, et ordonne des dragées d'ergotine, des injections boratées chaudes ; la malade fera une saison de trois semaines aux eaux de Salins (Jura).

En avril 1891, M. le prof. Guermonprez voit la malade à Sedan. Il reconnaît l'existence du fibrôme. L'élimination par les voies naturelles lui paraissant impossible, il conseille l'intervention chirurgicale ; en attendant, injections chaudes avec une solution d'alun à 1,5 pour 100.

Le 8 mai, examen après chloroformisation : on constate un myome utérin dur, du volume du poing, à surface irrégulière, très étroitement enclavé et très haut placé.

Le 15 mai, les règles sont moins douloureuses et moins copieuses que d'habitude. Deux injections par jour d'une solution très chaude d'alun à 1 pour 100 ; eau de Bussang ; toniques.

L'*opération* est décidée pour le 3 juillet. Elle est pratiquée à la maison St-Raphaël, par M. Guermonprez, avec le concours de MM. les D[rs] Derville et Vanheuverswyn.

L'anesthésie est obtenue par le chloroforme, la malade est d'abord agitée, puis surviennent des nausées qui troublent à plusieurs reprises l'acte opératoire et qui, chaque fois, sont calmées par une dose plus élevée d'anesthésique. La chloroformisation fut d'ailleurs encore entravée par les efforts vigoureux de l'opérée, qui chassaient l'intestin de la cavité toutes les fois qu'intervenait une action chirurgicale sur les ligaments péri-utérins, et surtout sur les portions postérieures du vagin et des ligaments larges.

La région, nettoyée la veille, est lavée au savon et à la liqueur de Van Swieten, puis à l'alcool à 90°, puis enfin à l'éther. L'injection

vaginale à la liqueur de Van Swieten chaude est longtemps prolongée. Elle ramène encore des flocons de mucus vaginal concrété. Le cathétérisme vésical ne permet pas de conduire la sonde directement suivant l'axe du corps ; l'instrument est dévié successivement à droite, puis à gauche, repoussé qu'il est par la tumeur dure qui vient s'appuyer sur la face postérieure du pubis. Enfin le toucher vaginal pratiqué une dernière fois permet d'atteindre le col situé à une très grande hauteur et dirigé fortement en arrière. L'hystérométrie est rendue irréalisable par cette déviation ; quant à l'incision du vagin au pourtour du col utérin, il n'y faut pas songer. Le col n'est pas visible au spéculum;— et l'utérus enclavé est trop étroitement fixé pour permettre un abaissement, qui serait d'ailleurs entravé par le volume de la tumeur elle-même.

L'incision de la ligne blanche est poursuivie en bas jusqu'au pubis. Il est nécessaire de la prolonger en haut au-dessus de l'ombililic, jusqu'au milieu de la distance d'avec l'appendice xiphoïde. L'exploration de la tumeur permet d'apprécier par une palpation rapide que la face antérieure est libre ; que la face postérieure est couverte d'adhérences, mais que celles-ci sont assez friables pour se dégager d'emblée au passage de la main ; qu'enfin l'utérus est fortement enclavé, partie au niveau des ligaments utéro-sacrés, partie au niveau des ligaments larges.

La main passée derrière la tumeur amène la masse avec une relative facilité entre les lèvres de la paroi abdominale.

Pour libérer davantage la tumeur, la portion supérieure du ligament large est sectionnée d'abord à droite, puis à gauche. — L'hémostase est assurée du côté de l'utérus au moyen d'une pince et ce moyen se montre d'une irréprochable efficacité. — Au côté externe, un fil de soie double est énergiquement noué avant de faire la section à un centimètre de distance de ce fil (n° 4 Czerny). Malgré cette précaution le fil lâche prise ; une hémorrhagie survient mais peu copieuse ; il y est pourvu par l'installation d'une pince à longs mors courbes.

La tumeur utérine est alors amenée avec une facilité beaucoup plus grande, son dégagement peut donc être poursuivi.

Le péritoine est sectionné transversalement sur la surface antérieure de l'utérus au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; — à l'aide des doigts, le chirurgien sépare la vessie d'avec l'utérus. Cette séparation se fait avec une si grande facilité qu'un doute s'impose

sur le résultat obtenu. Cependant on ne trouve nulle part la surface cruentée rouge que donnerait le muscle vésical s'il était sectionné ; on ne reconnaît pas davantage d'éléments cylindroïdes comparables aux uretères. Enfin, on ne voit pas non plus d'écoulement liquide d'aspect urineux. Pour plus de garantie le toucher vaginal est pratiqué et combiné avec l'exploration de la plaie ; puis le cathétérisme vésical est combiné de la même manière : il en résulte que jusqu'ici la différenciation des deux organes est restée dans d'heureuses limites. Toutefois il subsiste encore un doute important ; la consistance du col utérin fortement distendu est tellement diminuée qu'il est très difficile de le différencier d'avec le vagin.

Une sonde cannelée résistante traverse de part en part la portion accessible, qui forme désormais le pédicule. Une pince de Richelot est placée sur la portion droite, une autre sur la portion gauche de ce pédicule ; la tumeur est sectionnée immédiatement au-dessus des deux instruments. La surface de section est facile à reconnaître, elle a porté, non sur le vagin, mais immédiatement au-dessus du col utérin. L'hémostase est bonne.

Le chirurgien procède alors sans incident notable à l'ablation systématique des trompes et des ovaires, d'abord à droite, puis à gauche. L'hémostase est obtenue au moyen de deux ligatures au fil de soie de chaque côté.

Il est alors procédé à l'exérèse du moignon du col utérin. Pour le bien découvrir, deux écarteurs refoulent derrière la symphyse pubienne la vessie, qui vient d'être vidée à nouveau. La masse intestinale est relevée à pleines mains par les soins de M. le D[r] Derville. — Enfin le moignon est présenté au bistouri grâce au maniement des pinces de Richelot préalablement installées. — Dans ces conditions le bistouri sectionne transversalement un certain nombre de couches profondes de la paroi vaginale ; — puis les couches sous-muqueuses et même la muqueuse sont sectionnées ; cette section est opérée sur une petite étendue suivant une direction verticale exactement médiane. — La sonde cannelée pénètre, suivant cette étroite boutonnière. L'exploration vaginale démontre que c'est bien dans le vagin que l'instrument a pénétré. Elle démontre en outre que cette pénétration se trouve exactement au-dessous de la lèvre antérieure du col. — Ce point étant acquis, la sonde cannelée est enfoncée vigoureusement d'avant en arrière suivant la ligne médiane à travers la paroi vaginale posté-

rieure ; elle tombe ainsi dans le cul-de-sac de Douglas. — Quelques manœuvres de force suffisent à ménager le passage d'un des mors d'une pince de Richelot, qui est ainsi placée sur la moitié latérale gauche du vagin et la portion correspondante du ligament large. — Il est fait de même du côté opposé. — Puis le moignon utérin est enlevé ; on reconnaît sans peine sur cette pièce anatomique que le col est entier (fig. 1).



Fig. 1. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. (Les taches noires sont dues à l'imparfaite conservation de la pièce).

La ligature de chacune des deux surfaces de section du vagin est rendue très laborieuse, d'une part par la brièveté du ligament large, d'autre part par la tension des ligaments utéro-sacrés. Deux fils de soie double sont placés sur chacun des deux côtés : l'hémostase est d'emblée parfaite pour le côté gauche. Malgré des soins également attentifs pour le côté droit, on a le regret de constater plusieurs jets artériels qui subsistent dans la portion postérieure, après l'ablation de la pince de Richelot. On parvient, non sans peine, à pincer les orifices artériels dans le tissu cellulaire du moignon du ligament large sans

intéresser la séreuse péritonéale. Deux ligatures à la soie, au fil simple, réussissent à y pourvoir.

Lorsque l'hémostase est définitivement obtenue au niveau de la surface de section des ligaments larges et du vagin, l'orifice vagino-péritonéal est exploré; il est trouvé tellement étroit, qu'il admet à peine l'extrémité du petit doigt. Quant à l'ensemble du petit bassin, il est trouvé partout recouvert avec une exactitude presque parfaite par la séreuse péritonéale, à l'exception d'une seule portion : c'est celle qui correspond à la face postérieure de la vessie, laquelle se présente sous l'aspect d'une large surface cruentée où suintent encore quelques petits vaisseaux artériels et veineux.

Le lavage du péritoine est pratiqué à l'eau distillée, bouillie et chaude, laquelle sort rapidement propre, non point par l'orifice vulvaire, mais presque exclusivement par la plaie abdominale.

Lorsqu'on entreprend le temps de suture de la paroi, il y a deux heures que l'opération est commencée. — Le temps de la suture, pratiquée au crin de Florence et à l'aiguille d'Emmet, est prolongé par la rigidité de la paroi abdominale et les efforts fréquemment répétés de la malade.

Pansement à la vaseline iodoformée. Un cerf-volant de gaze iodoformée est introduit dans le vagin.

L'opérée se réchauffe facilement. Elle perd par la vulve un liquide d'abord très légèrement rose, puis simplement aqueux. Injection morphinée ; eau sucrée alcoolisée.

Suites opératoires. L'état général est resté bon. Les soins consécutifs ont été les suivants :

Le cathétérisme vésical est pratiqué, comme après une ovariotomie, jusqu'au 5me jour ; alors, la miction s'effectue spontanément.

Pendant les premiers jours, on pratique fréquemment de simples lotions vulvaires avec une solution tiède de sublimé à 0,5 pour 1000.

Le 8me jour, le cerf-volant de gaze iodoformée est retiré de la cavité vaginale ; il est de couleur roussâtre, ni fétide, ni sanguinolent ; à sa suite s'écoule un liquide trouble, presque séreux, sans odeur ; la quantité de ce liquide ne dépasse guère une cuillerée à café.

Dès le lendemain, on pratique régulièrement des injections vaginales quotidiennes avec la solution de sublimé à 0,5 pour 1000, en ayant soin de les faire peu copieuses, de ne pas pousser la canule trop

loin et surtout de ne pas donner une pression trop forte ; dans ce but, on élève le récipient de façon que son orifice d'écoulement soit seulement de 10 centimètres plus élevé que la canule.

L'opérée quitte la maison de santé le 5 août, cinq semaines après l'intervention. Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, ramène un fragment verdâtre de la dimension d'un ongle. Il est examiné sous l'eau et on reconnaît un débris sphacélé, auquel demeure attaché un fil de soie.

Trois mois après l'opération, le toucher indique une sorte de prolapsus de la vessie dans le vagin. Dans la partie la plus reculée, on sent une cicatrice transversale de 2 c/m de longueur et seulement de 4 à 5 m/m d'épaisseur. Toute la région est souple à l'exception de cette cicatrice qui a une dureté presque ligneuse.

La malade n'a plus aucune douleur ; elle vaque à toutes ses occupations, résiste à la fatigue, prend de l'embonpoint et témoigne son étonnement de se trouver mieux qu'elle n'a jamais été.

Description des pièces. L'utérus présente une forme globuleuse, il est très peu mamelonné dans sa portion supérieure. Le ligament large est fortement étalé (fig. 1).



Fig. 2. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. A gauche, segment antérieur de la pièce ; à droite, segment postérieur, dont la sonde cannelée indique l'axe passant par la cavité du col utérin.

Une coupe pratiquée de droite à gauche selon l'axe de l'utérus démontre d'abord l'existence d'un myome pédiculé remplissant la cavité de l'organe et atteignant le volume d'une grosse orange ; son pédicule est situé sur la portion gauche de la face antérieure (fig. 2). Le pédicule très large n'atteint cependant pas la dimension du diamètre du myome ; il eut été très difficile, sinon impossible, de l'extirper au moyen de l'écraseur ou du serre-nœud.

Toute la moitié inférieure de la masse est formée par un groupement de myomes interstitiels, dont les fibres tourbillonnantes sont appréciables en dix endroits, bien que le graveur n'ait pas réussi à représenter ces importants détails.

Observation II.

Louise Del......, lessiveuse, âgée de 45 ans, entre le 27 août 1891, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, suppléé par M. Faucon. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 16 ans ; ses différentes couches ont été normales.

Il y a 5 ans, cette femme observe pour la première fois des troubles menstruels. Depuis cette époque, ses règles sont restées fréquentes et abondantes : les intervalles sont de quinze jours.

Il y a cinq ou six mois les pertes de sang sont devenues encore plus copieuses ; les périodes ont été tellement rapprochées qu'elles en sont venues à se confondre et que cette femme en est arrivée à perdre continuellement du sang.

Vers la même date sont survenues des douleurs hypogastriques ; elles coïncident avec les métrorrhagies et présentent une forme si nettement évacuatrice et expultrice, que la malade les compare d'elle-même aux douleurs de l'enfantement : l'intensité de ces douleurs a plusieurs fois obligé la malade à tenir le repos au lit. Pendant cette même période, l'écoulement vaginal fut plusieurs fois fétide et cette odeur ne fit qu'augmenter d'intensité. Dans l'intervalle des règles, cet écoulement consistait en une leucorrhée assez abondante.

Le 20 juillet 1891, une métrorrhagie plus importante survient, la malade se met au lit. Depuis ce moment l'écoulement sanguin n'a pas discontinué. En même temps, des douleurs fortes, qui n'ont plus le caractère expulsif, s'établissent dans le bas-ventre. La malade perd des matières d'une fétidité repoussante pour son entourage, maigrit considérablement, perd ses forces et se décide à venir à l'hôpital.

A son entrée, elle paraît fortement anémiée ; son teint est presque cachectique. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent d'une fétidité toute particulière.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre une masse ovoïde assez résistante, mais dont la surface est ramollie. Cette masse comble tout le vagin ; en la contournant à sa partie supérieure, le doigt arrive sur la lèvre antérieure du col qui paraît saine. Entre elle et la tumeur se trouve un orifice dans lequel pénètre le doigt. Il est impossible de reconnaître la lèvre postérieure du museau de tanche.

Au spéculum, la tumeur est lisse, d'un violet ardoisé, noirâtre, d'une consistance molle, friable ; sa surface est formée d'une substance putrilagineuse et donne l'idée d'une matière fibroïde infiltrée d'un liquide verdâtre et de quelques gaz. Son volume est d'une grosse orange. Au-dessus de la tumeur et en avant d'elle, la lèvre antérieure a son aspect normal. L'odeur est infecte.

Tout d'abord on discute si la tumeur est de nature épithéliale et avec un point de départ dans la lèvre postérieure du col. Mais ce diagnostic est bientôt écarté.

On commence par désinfecter ce foyer pathologique : (copieuses injections quotidiennes à la liqueur de Van Swieten). Peu à peu on arrive à enlever quelques lambeaux sphacélés au moyen d'une pince porte-tampon ; on diminue ainsi peu à peu le volume de la tumeur.

Quelques jours plus tard, le toucher vaginal permet d'explorer la totalité de la surface de la tumeur et atteint le col en haut et en arrière d'elle. Les deux lèvres du museau de tanche forment donc une sorte de collerette autour de la masse. Il est désormais acquis que la tumeur est un fibro-myome de l'utérus en voie de sphacèle.

Le 1er septembre, M. Guermonprez prend le service et prescrit des injections vaginales plus fréquentes, plus chaudes, mais en abaissant le titre de la solution à 0,5 pour 1000 ; peu à peu l'élimination des escharres se termine, l'appétit se relève et l'état des forces s'améliore.

Le 9 septembre survient un changement qui confirme absolument le diagnostic : la tumeur, dont le volume continue à se réduire, est rentrée dans la cavité utérine ; l'orifice du col encore entrouvert ne présente aucune altération appréciable.

A l'hystéromètre, on pénètre à 95 millimètres dans la cavité utérine et on reconnaît la présence d'une masse assez volumineuse, qui empêche de manœuvrer librement l'instrument.

Les jours suivants les mêmes irrigations vaginales au sublimé sont continuées ; et, à trois reprises différentes, elles sont complétées par des injections intra-utérines avec la sonde de Doleris.

L'état général de la malade se reconstitue progressivement ; l'état local s'améliore de plus en plus, les pertes ont disparu et la malade n'accuse plus de douleur.

Bien que l'état des forces soit encore mal restauré, comme il advient pendant une convalescence, l'exposé de la situation est présenté à la malade avec la plus entière sincérité. Elle apprécie la nécessité de l'opération radicale. Celle-ci est décidée pour le 19 septembre. Les difficultés et les dangers d'une extirpation du myôme par la voie intra-utérine, et surtout la présence très probable d'autres fibromes dans l'épaisseur des parois de l'utérus, sont les indications de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Opération. — L'anesthésie par le chloroforme est obtenue en huit minutes. Elle n'est troublée que par quelques nausées ; il faut cependant signaler une sorte de ronflement retentissant, avec de longs et profonds soupirs, comme si ces efforts étaient la conséquence d'une douleur intense, mais mal définie. Ce type respiratoire anxieux se reproduit toutes les fois que des tiraillements et surtout des tractions sont exercés sur l'utérus et les ligaments larges. Chaque fois aussi, l'incident se termine par un ralentissement et un affaiblissement de la respiration et de la circulation.

La paroi abdominale est lavée méthodiquement (savonnage à la liqueur de Van Swieten chaude, puis lotions d'alcool et enfin lotions d'éther). Le vagin, soumis à des lavages antiseptiques depuis trois semaines, a été la veille bourré de gaze iodoformée. Cette gaze est enlevée ; une copieuse injection vaginale est faite alors à la liqueur de Van Swieten tiède. Elle permet de reconnaître que l'utérus laisse échapper un mucus hyalin, sans aucun mélange de suppuration. Le cathétérisme vésical est fait comme de coutume.

L'incision de la paroi abdominale porte d'abord sur toute la portion sous-ombilicale de la ligne blanche ; mais les contractions des muscles abdominaux démontrent bien vite l'impossibilité d'assurer les manœuvres ultérieures par cette étroite ouverture. L'incision est donc prolongée jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dont elle contourne le côté gauche ; (longueur totale : 18 à 20

centimètres). Le grand épiploon est refoulé en haut : les anses intestinales apparaissent à nu. — La main du chirurgien va alors à la recherche de l'utérus, et le fait basculer d'arrière en avant. L'utérus est ainsi attiré entre les lèvres de la plaie. Une médiocre quantité de liquide séreux s'écoule : il provient d'un kyste de l'ovaire, du volume d'un œuf de pigeon, qui vient de se rompre. — Le fond de l'utérus seul arrive entre les lèvres de la plaie : sa forme est globuleuse, son volume dépasse un peu celui du 3ᵉ mois de la grossesse. Sa surface n'est que très peu mamelonnée ; sa consistance est dure, ferme, sans être absolument fibreuse. — L'exploration de la face postérieure de l'organe révèle d'abord l'existence d'adhérences nombreuses, mais peu résistantes, au niveau du corps. — Elle révèle ensuite et surtout l'existence d'une tumeur sphéroïdale du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur est située très bas dans le cul-de-sac de Douglas : elle fait corps avec l'utérus, auquel elle adhère par un très large pédicule : c'est donc un myome développé aux dépens de la lèvre postérieure du col.

Une première pince-clamp est installée de chaque côté du corps utérin, dont elle longe exactement le bord.

Une seconde pince est rangée — également de chaque côté — parallèlement à la première, laissant entre les deux l'espace rigoureusement nécessaire pour le passage du bistouri.

Une troisième pince est placée par le chirurgien, également de chaque côté. Cette troisième pince ne se rapporte plus à l'hystérectomie, mais elle prépare l'ablation des annexes : elle est, en effet, installée entre la paroi du bassin, d'une part, et la trompe, d'autre part.

A ce moment, le chirurgien accomplit l'hystérectomie pour la portion supra-vaginale : en effet, il passe le bistouri entre la première et la seconde pince de chaque côté. Immédiatement, l'utérus devient plus mobile. Il suffit d'une traction médiocre pour l'amener tout entier à découvert entre les lèvres de la plaie.

Le chirurgien fait alors la section du repli vésico-utérin, sur une ligne transversale, en s'appuyant sur la paroi antérieure de la matrice. — Puis, il commence à séparer la vessie de l'utérus, en décollant d'abord la portion de la séreuse encore adhérente à la matrice. La séparation des deux organes est commencée à l'aide des doigts et de quelques coups de bistouri. Par le toucher vaginal, il devient mani-

feste que cette dissection est arrivée jusqu'au voisinage du museau de tanche. — Malheureusement, pendant ces manœuvres, la paroi vésicale a été trouvée étroitement adhérente à la portion correspondante du col utérin ; en effet, le tissu cellulaire n'y était point lâche, facile à dissocier à l'aide des doigts ; il était dense ; et sa résistance contrastait avec la friabilité fâcheuse de la paroi musculaire de la vessie. Celle-ci fut reconnue par sa couleur rouge et par la direction oblique et presque longitudinale de ses fibres, dont les interstices laissaient à découvert une surface plus rosée qui n'était autre que la muqueuse de la vessie : en effet, le cathéter introduit dans le réservoir urinaire et conduit jusqu'à ce niveau, se voyait presque par transparence et montrait combien était prochain le danger de perforer cette paroi. — Pour éviter ce danger, le chirurgien, armé d'une pince à griffes et du bistouri, reprit la paroi vésico-utérine à un niveau un peu plus élevé ; il en fit la dissection méthodique, on pourrait dire la sculpture, en passant systématiquement, non plus à travers le tissu cellulaire rétro-vésical, mais bien à travers les couches les plus superficielles de la paroi utérine elle-même. Cette dissection laborieuse fut conduite jusqu'au tiers inférieur du col utérin. Mais, à cause de la difficulté qu'il éprouve à la continuer plus bas, le chirurgien se détermine à se débarrasser de la masse utérine, se réservant d'enlever dans une manœuvre consécutive ce qui restera du col.

Avant d'ouvrir la cavité cervicale, il passe tout autour du col une sonde en caoutchouc, renforcée par un fil de soie, de manière à éviter l'infection du champ opératoire par l'écoulement du contenu de l'utérus. — Après l'installation de ce lien élastique, une injection est pratiquée dans le vagin à la liqueur de Van Swieten tiède.

Ces précautions étant bien prises, le chirurgien pratique alors sur la paroi antérieure du col, une incision longitudinale et médiane suffisante pour le passage d'une sonde cannelée très résistante; — celle-ci est conduite, à travers la paroi postérieure, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. — Par l'orifice ainsi créé à travers l'organe, deux pinces-clamps sont introduites, qui saisissent l'une la moitié gauche, l'autre la moitié droite du col. — La section du col est pratiquée au-dessus des deux pinces. L'utérus est ainsi extirpé. Il reste donc une petite portion du col avec les annexes.

A l'aide de deux fils de soie, le chirurgien fait alors la ligature du ligament large gauche à sa base ; il sectionne et enlève ainsi les

annexes de ce côté. — Il complète ensuite le dégagement de la vessie sur la paroi latérale gauche du col jusqu'au niveau du vagin.— Il fait son incision longitudinale et médiane sur la paroi antérieure du vagin ; il y iutroduit la sonde cannelée qui va perforer la paroi postérieure, et le long de laquelle il passe une pince-clamp pour saisir la moitié gauche du vagin. — Pendant toutes ces manœuvres, la main gauche de l'opérateur, placée dans le cul-de-sac recto-utérin, empêche la blessure des organes voisins.

A droite, la pince-clamp, précédemment placée, paraît avoir saisi la vessie : on croit reconnaître, en effet, quelques fibres de couleur foncée en continuité avec celles de la paroi vésicale préalablement dégagée. — Cette pince est enlevée ; l'artère utérine, qui donne aussitôt et avec abondance, est prise immédiatement et du premier coup dans une pince à forcipressure. — Le dégagement de la vessie se fait comme à gauche, jusqu'au niveau du vagin. — Une pince-clamp saisit la moitié correspondante des parois vaginales. — Le vagin est alors sectionné en longeant le bord supérieur de chacune des pinces-clamps ; le museau de tanche est ainsi extirpé dans sa totalité.

Le pédicule des annexes du côté droit est lié et sectionné, de la même façon que l'a été celui du côté gauche.

Le chirurgien passe alors à la ligature des artères utérines. — Le résultat est obtenu d'emblée pour le côté gauche. — Il n'en est pas de même pour l'autre. Le tronc principal de l'artère utérine a bien été saisi et lié ; mais une branche accessoire, saisie à plusieurs reprises, donne opiniâtrement un petit jet avec battements isochrones aux battements artériels ; il faut s'y reprendre jusqu'à cinq fois pour en assurer l'hémostase, et la poursuivre à travers les parties les plus reculées du ligament large, dont les deux feuillets sont alors grandement séparés l'un de l'autre.

L'hémostase étant désormais assurée, le lavage du péritoine est pratiqué au moyen de l'eau distillée et bouillie chauffée à 42°. Le liquide s'écoule en partie par la vulve et en partie par la plaie abdominale. Celle-ci est fermée à l'aide de crins de Florence. Le vagin est bourré de gaze iodoformée. Pansement ordinaire. Le cathétérisme de la vessie donne issue à une urine parfaitement claire, sans aucune trace de sang.

L'opération a duré deux heures.

Description des pièces. Le corps utérin est étrangement déformé (fig. 3) par l'existence d'un myome, un peu plus volumineux qu'un



Fig. 3. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée est placée dans la cavité utérine et la direction du pavillon indique le plan transversal de l'organe.

œuf de pigeon et situé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, c'est-à-dire en arrière de la sonde cannelée passée dans la cavité utérine. L'état de surface ne présenterait rien de notable, si n'étaient des adhérences nombreuses en arrière de toute la masse de l'organe.

La coupe pratiquée de droite à gauche, suivant l'axe de l'utérus, démontre que le reste du myome partiellement sphacélé n'est adhérent que par un pédicule étroit et situé dans l'angle droit de la cavité près de l'orifice de la trompe ; son extirpation par la voie vaginale eut été facilement réalisable ; — mais cette même coupe (fig. 4), démontre l'inégalité de l'épaisseur de la paroi, suivant qu'on l'examine au fond de l'organe et surtout suivant que l'on compare la portion droite et la gauche. Il est évident que de nombreux fibromes interstitiels auraient évolué ultérieurement dans des parois aussi inégales et seraient venus s'ajouter à celui, qui avait acquis une importance

déjà si grande dans la lèvre postérieure ; à lui seul, ce dernier suffit à justifier la totalité de l'exérèse utérine.



Fig. 4. — D'après une photographie artistique de M. le Dr P. Bernard. La sonde cannelée donne la même indication que pour la figure 2.

Les *suites opératoires* furent d'abord excellentes. Le jour de l'opération, malgré la grande quantité de chloroforme qu'avait nécessité l'anesthésie, il ne survient pas le moindre vomissement.

La malade est soutenue à l'aide de quelques injections hypodermiques de caféine et d'éther, et de gorgées souvent répétées de champagne frappé.

Le pouls est assez rapide (120).

Le lendemain et le surlendemain l'état de la malade reste le même, par conséquent est assez satisfaisant ; les forces ne se restaurent pas ; mais il n'y a aucune douleur.

Le soir du quatrième jour la température s'élève à 38° sans qu'on parvienne à en déterminer la cause.

Le cinquième jour, la malade est prise subitement de diarrhée. Elle a, dans l'après-midi, sans coliques, deux selles absolument liquides, d'odeur assez forte, de couleur argileuse. — Deux pilules d'ext. thébaïque à 0,02 centigr. arrêtent le flux intestinal.

Le sixième jour, la diarrhée ne reparaît pas, mais la malade se plaint d'une sorte d'étouffement qu'elle compare à ce qu'on éprouve après un repas trop copieux.

Dans la soirée, l'état général s'aggrave rapidement ; la dyspnée augmente ; la malade est agitée ; elle est en proie au subdelirium, parle toujours de gaz qui l'étouffent. L'introduction d'une sonde rectale la soulage quelques instants. Quelques éructations surviennent sans nausées, ni vomissements. Elle persiste à dire qu'elle ne souffre d'aucune douleur.

Vers le milieu de la nuit, elle commence à se refroidir et elle succombe le septième jour vers cinq heures du matin.

Autopsie. La réunion de la plaie abdominale est obtenue ; à l'ouverture du ventre toute la masse intestinale apparaît distendue, l'estomac descend jusqu'à l'ombilic..

Il n'existe ni rougeur, ni exsudat, ni liquide, ni aucune autre apparence de péritonite.

En suivant et déroulant successivement les anses intestinales, on trouve le duodénum et le jejunum remplis, tantôt de gaz, tantôt de matières liquides ou pâteuses.

La seconde moitié de l'iléon occupe le petit bassin ; elle n'y adhère en aucun point ; son volume est presque uniformément réduit, comme à l'état de vacuité, dans une longueur de 70 à 80 centimètres. Cette portion de l'intestin est libre dans presque toute son étendue ; toutefois on trouve une adhérence de la dernière portion de l'intestin grêle à la fosse iliaque droite à 6 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Il existe là une bride d'un blanc nacré, d'une solide résistance d'une longueur de 5 à 6 millimètres ; au-dessous d'elle, une nappe cicatricielle de 4 à 5 centimètres entraîne l'intestin vers la portion la plus antérieure de la fosse iliaque. Cette nappe est d'un blanc bleuâtre, beaucoup moins épaisse et moins résistante que la bride : elle s'étend presque jusqu'au ligament de Poupart.

Le cœcum ne présente rien d'anormal il est; presque vide. Le colon n'est que très peu distendu ; il ne contient presque pas de gaz. Le rectum n'a conservé sa situation normale dans l'axe du corps que dans sa moitié inférieure seulement ; dans toute la portion qui répond au sacrum il est presque vide et fortement déjeté à gauche. De ce

côté, on découvre deux adhérences de l'S iliaque plus faibles que celles de la fosse iliaque droite ; le péritoine pariétal est également moins épaissi et permet d'apprécier que ces minimes adhérences sont immédiatement en rapport avec l'aponévrose qui recouvre le psoas.

Toute la masse intestinale ayant été écartée, on ne constate aucune trace de pus, pas d'exsudats ni même de rougeur notable de la séreuse dans le petit bassin.

Dans sa portion la plus déclive, celui-ci renferme un liquide séro-sanguinolent, dont la quantité est évaluée à 10 grammes environ.

Le petit bassin est occupé dans sa presque totalité par la vessie dont le revêtement péritonéal existe en son entier, sans rougeur, sans ecchymoses, sans exsudats, ni adhérences. Cette vessie, qui occupe les trois quarts du plancher pelvien, se termine sur le rectum, comme on le voit sur un bassin masculin.

Lorsqu'on ramène en avant la portion la plus postérieure de la vessie, on ne trouve plus trace du décollement du tissu cellulaire vésico-utérin, et on découvre, immédiatement derrière la limite vésicale, une sorte de surface lisse d'un gris rosé. Cette surface, transversalement étendue, atténuée à ses deux extrémités, mesure 30 millimètres de droite à gauche et 5 à 6 millimètres d'avant en arrière dans sa partie médiane, qui est la plus grande.

Si on introduit le doigt dans le vagin, on reconnaît que la surface ainsi découverte n'est autre que la partie la plus reculée et la plus postérieure du vagin. La cavité elle-même n'existe plus qu'à l'état virtuel : — en effet, la paroi postérieure, horizontalement placée, repose directement sur le rectum, — tandis que la paroi antérieure, également horizontale, repose immédiatement sur la première. — Ces deux plans se recouvrent exactement l'un l'autre, mais le postérieur s'étend un peu plus loin que l'antérieur. — L'orifice est donc formé par deux lèvres, dont l'antérieure ou vésicale est oblique en arrière et repose par son bord libre sur la paroi postérieure du vagin, formant une véritable valvule, dont le bord postérieur est libre, tandis que la partie antérieure adhérente est formée par la vessie et l'extrémité profonde de la paroi antérieure du vagin.

Le tampon de gaze iodoformée est retrouvé à peu près à égale distance de l'orifice vulvaire d'une part et de l'orifice péritonéal d'autre part.

Dans le cul-de-sac de Douglas, on voit des cicatrices d'aspect

nacré, dues aux anciennes adhérences rompues pendant l'opération et qui siégeaient entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum. Il existe à ce niveau, surtout en arrière et à droite, dans le petit bassin et se prolongeant jusqu'à la limite la plus inférieure du mésentère, des traces de péritonite ancienne, (plaques laiteuses).

Sur les parties latérales du petit bassin, les ligatures des ligaments larges sont étroites et réunissent presque parfaitement les deux portions du péritoine. Elles sont disposées en une série rectiligne transversale, qui part de l'orifice vaginal et se termine à 3 centimètres au dessous du détroit supérieur; elles sont revêtues d'un exsudat plastique rouge foncé, épais de 2 millimètres environ.

Il est évident que la petite quantité de liquide, trouvée dans le cul-de-sac de Douglas, ne serait plus restée dans cet endroit déclive, si l'ampoule rectale avait été distendue par un bol fécal. Le relèvement de la paroi antérieure de cette terminaison du tube digestif aurait inévitablement conduit ce liquide jusqu'à l'hiatus vaginal et en aurait ainsi assuré l'évacuation.

Par ailleurs, il est manifeste qu'une injection poussée par le vagin n'eut pu rester dans la cavité vestibulaire; elle aurait été versée dans la portion la plus déclive de la cavité péritonéale, si on l'avait faite pendant l'état de vacuité du rectum.

L'*estomac* ouvert et vidé ne contient pas traces de melœna, mais présente des altérations multiples, dont l'appréciation est soumise à M. le prof. Augier, qui veut bien nous remettre la note suivante :

L'estomac est dilaté. La surface externe est normale, lisse, sans exsudations ni coloration spéciale. Pas de ganglions hypertrophiés au niveau du pylore et de la petite courbure. Les parois de l'organe sont amincies, surtout au niveau du grand cul-de-sac.

A l'ouverture de l'organe, il s'écoule un liquide brun-grisâtre non hématique.

La grosse tubérosité et le petit cul-de-sac, surtout au niveau de la paroi postérieure présentent une coloration noirâtre, soit sous forme diffuse, soit sous forme de taches; elle est due à la présence de la matière colorante du sang; tout autour il existe un véritable piqueté hémorrhagique sous forme d'un fin semis; il n'y a pas en cet endroit de lésions ulcéreuses appréciables.

Vers la région moyenne de l'estomac, près de la petite courbure

et sur la face postérieure, on trouve des lésions tout à fait remarquables.

Il y a là une série d'eschares de forme nettement arrondie et de coloration gris noirâtre. La portion ainsi escharifiée de la muqueuse gastrique présente au niveau d'un certain nombre de ces plaques un véritable sillon d'élimination ; ce sillon n'est pas encore assez profond pour permettre de détacher l'eschare.

Comme dimensions, les plus petites sont de la largeur d'une tête d'épingle ; la plus grande a presque la grandeur d'une pièce de 20 centimes, il existe en outre une série de plaques intermédiaires. Ces eschares, qui, par leur coloration noirâtre et leurs bords nettement découpés, tranchent sur le reste de la muqueuse d'un gris-blanchâtre, sont groupées presque en un même point sur une étendue à peu près égale à la paume de la main. Autour d'elles et dans leur voisinage, la matière colorante du sang qu'elles contenaient s'est partiellement dissoute et a teint en rouge-clair la muqueuse voisine. A côté de ces points escarifiés, on trouve çà et là une série de petites érosions punctiformes lenticulaires. Au niveau de ces érosions la muqueuse est presque entièrement détruite comme à l'emporte-pièce.

De ces lésions il faut conclure qu'il s'agit d'une gastrite ulcéreuse due à l'action d'un agent corrosif, sans qu'on puisse distinguer si le poison est arrivé dans l'organisme par la voie buccale ou de tout autre façon.

Par ailleurs, la date d'évolution doit être considérée comme récente, d'abord parce que les eschares sont encore entièrement adhérentes, ensuite parce que tout le reste de la muqueuse présente un aspect presque sain.

Le *foie*, de poids normal, est d'une couleur brun-rougeâtre, il est en voie d'atrophie pigmentaire.

Si l'on compare cette description avec le petit nombre de relations antérieurement publiées, on est en droit d'y reconnaître les caractères de la gastrite ulcéreuse mercurielle et il est permis de conclure que la malade a succombé à une forme rare et à évolution presque lente et surtout fruste de l'empoisonnement par le sublimé.

Cependant, le sublimé n'a été employé que dans la mesure ordinaire pour assurer la désinfection après le processus gangréneux et avant l'hystérectomie. Il est vrai que plusieurs injections intra-

utérines ont été pratiquées à cette époque, mais le liquide employé était d'un titre très inférieur à celui de la liqueur de Van Swieten — et il serait impossible d'interpréter cet empoisonnement, si l'on ne tenait compte des défectuosités de l'état général de la malade, dont l'organisme absorbait et accumulait le mercure autrement qu'il se fait dans des conditions ordinaires.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par MM. GUERMONPREZ et DUVAL.

L'hystérectomie totale pratiquée par la voie abdominale, à l'exclusion de toute autre voie, est une opération encore peu appréciée.

En principe, nous la croyons contestable et même contre-indiquée lorsqu'il s'agit de néoplasmes malins de la matrice ; il nous paraît très difficile, presque irréalisable, d'éviter l'ensemencement du néoplasme, soit dans la séreuse péritonéale, soit sur l'une des surfaces de section des ligaments, ou de la muqueuse vaginale.

Par contre, nous la croyons indiquée, pour pràtiquer une exérèse totale, lorsqu'il s'agit de fibro-myome de l'utérus sous la forme interstitielle, non pédiculisable.

On en peut rencontrer l'indication plus précise encore, lorsque l'impossibilité d'abaisser l'utérus s'oppose au débridement de la muqueuse vaginale par la voie vulvaire. On peut surtout en trouver l'indication, lorsque le col utérin est plus ou moins fortement refoulé en arrière et immobilisé dans cette situation. — Ces diverses indications et contre-indications seront exposées plus complètement dans un travail ultérieur.

L'hystérectomie abdominale totale n'est pas une opération chimérique. C'est même une opération relativement facile pour quiconque aura bien voulu s'en rendre compte expérimentalement sur le cadavre.

Sans doute, il existe une différence considérable entre l'opération pratiquée sur le cadavre inerte d'un sujet plus ou moins indemne d'affections utérines ou péri-utérines, d'une part; — et la série des manœuvres plus ou moins improvisées dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale, qui réserve toujours tant de surprises, d'autre part. — Ce n'est donc pas avec la prétention d'élucider tous les doutes soulevés par la question, que nous avons entrepris une série de recherches sur le cadavre.

Il nous suffit d'établir que l'opération, dont il s'agit, est sincèrement réalisable et ne mérite, à aucun titre, la comparaison avec les entreprises extraordinaires, que plusieurs qualifient d'excentricités chirurgicales.

Dans le but de mieux faire apprécier les temps successifs de l'opération, nous avons pris quelques croquis, afin d'en dégager quelques figures schématiques, de nature à préciser les détails les plus intéressants pour le chirurgien lui-même.

Pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, on commence par pratiquer l'incision médiane sur la ligne blanche, comme on le fait pour toutes les opérations analogues. — Ensuite on soulève et on écarte toute la masse intestinale. — Enfin, le chirurgien saisit le fond de l'utérus et s'efforce de l'amener en vue : il le faut pour s'orienter, confirmer le diagnostic, voir exactement ce qui est à faire, et surtout écarter toute surprise.

C'est ce premier temps que représente la fig. 1.

On y voit l'orifice circulaire du détroit supérieur du bassin. — Si on observe la ligne médiane, d'arrière en avant, on reconnaît que l'angle sacro-vertébral et le rectum sont masqués par l'utérus relevé et entraîné par la manœuvre du chirurgien : on reconnaît ensuite que l'utérus n'est visible que dans la

moitié de sa hauteur ; aucun effort, aucun artifice n'en peut amener davantage dans ce premier temps ; on reconnaît enfin que toute la portion antérieure est occupée par la vessie, dont la forme est à peu près circulaire et dont les parois sont molles et flasques. La délimitation entre les deux organes est assez facile à bien apprécier. Le péritoine s'y présente sous deux



Fig. 1.

On reconnaît les plis transversaux du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin ; au-dessus de ces plis, la séreuse adhère au muscle utérin ; au-dessous d'eux, elle adhère à la vessie. — Avant la section des deux ligaments larges, il est impossible d'amener davantage l'utérus de bas en haut. — La section des ligaments larges doit porter jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

aspects, qui contrastent nettement : sur l'utérus, la séreuse est lisse et elle adhère étroitement au tissu sous-jacent ; sur la vessie, elle est plissée, froncée transversalement et elle est surtout très mobile sur le tissu sous-jacent, grâce au tissu cellulaire lâche qui l'en sépare. Ces deux caractères sont particulièrement appréciables, lorsque la vessie est récemment vidée, ainsi qu'il advient dans les conditions ordinaires de la chirurgie abdominale. — Sur les parties latérales, le péritoine est lisse et légèrement déprimé à droite et à gauche de la

vessie ; il est extrêmement tendu au niveau des trois ailerons de chacun des ligaments larges ; il ne présente rien de notable dans sa portion la plus postérieure qui contribue à former le cul-de-sac de Douglas.

Ce qui s'impose à l'attention, c'est l'évidence même de l'obstacle apporté par tout le ligament large, et spécialement par ses portions inférieure et moyenne, immédiatement au-dessous de sa différenciation en trois ailerons. La moindre exploration suffit à démontrer que c'est bien à ce niveau que se trouve la première bride, qui empêche absolument d'amener l'organe en vue.

Pour lever ce premier obstacle, il est donc indiqué de sectionner toute la portion accessible d'emblée pour chaque ligament large ; on sectionne ainsi depuis le bord libre du ligament jusqu'à la vessie, qu'on se défend d'intéresser. — Les limites de la section étant ainsi indiquées, on pourrait hésiter à en conduire le trajet soit en dehors, soit en dedans des ovaires et des trompes. — A première vue, il semble préférable de sectionner en dehors, afin de gagner du temps et de simplifier par une exérèse, qui porterait d'emblée sur l'utérus et sur tous les annexes. — Nous croyons qu'il importe d'éviter cette simplification, surtout dans les conditions pathologiques qui sont toujours celles de la chirurgie. Faute de ce soin, il arriverait aisément quelque lésion des uretères par la main du chirurgien, en raison d'une déviation, que masque trop souvent quelque adhérence. ou quelque plaque laiteuse. — C'est pourquoi nous préférons une ligne de section qui suive exactement le bord de l'utérus, ce qui n'empêche pas de pratiquer cette section entre deux pinces à longs mors et à courbures appropriées.

La section des ligaments larges, en longeant les bords de l'utérus et en s'arrêtant au contact de la vessie, tel est donc le second temps. Il est accompli dans la fig. 2.

Il est facile d'y reconnaître d'abord que les trompes et les ovaires retombent en arrière et en dehors, leurs mésos

s'étalent sur la paroi correspondante du bassin ; — ensuite que la vessie perd sa forme circulaire et présente une sorte d'allongement d'avant en arrière, avec une moindre ampleur de droite à gauche, tandis que les plissements transversaux du péritoine vésico-utérin s'effacent complètement ; — enfin et surtout il est important d'y reconnaître que le chirurgien peut désormais entraîner l'utérus de bas en haut dans une étendue suffisante pour réaliser pratiquement les temps ultérieurs de l'exérèse



Fig. 2.

Après la section des deux ligaments larges, l'utérus est facile à entraîner à 4 ou 5 centimètres au-dessus de sa situation primitive. — Lorsque l'utérus a été ainsi mobilisé de bas en haut, les plis transversaux du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ne se discernent plus ; mais il est encore facile de reconnaître la limite supérieure de ce cul-de-sac : elle est à la limite des portions adhérentes de la séreuse, c'est-à-dire vers le niveau indiqué sur la figure 2. — La section du cul-de-sac vésico-utérin doit aller de l'une à l'autre des sections des ligaments larges.

Sans doute, l'opération n'en est pas devenue d'une facilité absolue et d'une simplicité complète. La transformation est

moins totale qu'on serait tenté de le souhaiter : elle suffit toutefois pour amener un déplacement de trois, quatre et même cinq centimètres : c'est assez pour assurer le dégagement complet et méthodique de la face postérieure de la vessie.

Pour ce dégagement, on commence par une section transversale du péritoine, exactement à la limite du repli vésico-utérin. Il est indiqué par un pointillé sur la fig. 2 — On le reconnaît très aisément, si, au lieu de se borner à une simple inspection, qui n'apprend rien, ou presque rien de précis, on prend le soin de pratiquer et de répéter la palpation qui indique avec certitude l'exacte limite des adhérences normales de la séreuse péritonéale avec la face antérieure de l'utérus.

On poursuit ensuite ce dégagement, soit au moyen des doigts, qui manœuvrent dans le tissu cellulaire de la région, soit au moyen du bistouri, qui suive de près la consistance et la couleur de l'utérus, qui résiste incomparablement mieux que la vessie. — Peu à peu, ce dernier organe se trouve refoulé en bas et surtout en avant. (La tonicité du muscle vésical favorise ce dégagement notablement mieux sur le vivant que sur le cadavre). On voit se reconstituer alors les plissements transversaux signalés dès le premier temps de l'opération ; ils sont même plus étendus, plus multipliés et, par conséquent, plus importants qu'ils l'ont été primitivement.

Ce troisième temps est laborieux, lorsqu'il arrive à sa fin, c'est-à-dire au voisinage de la lèvre antérieure du museau de tanche. Cette portion est profondément située et il est tout naturel de venir en aide à son exécution, en exerçant des tractions énergiques sur le corps utérin. Il en résulte inévitablement une respiration bruyante ; il semble que la malade ronchonne. Il en résulte parfois aussi un affaiblissement important du pouls et une suspension temporaire de la fonction respiratoire. Il en résulte surtout et toujours des efforts inconscients et vigoureux qui fatiguent les aides et le chirurgien et entravent d'autant l'accomplissement de ce temps

opératoire. L'expérience faite sur le cadavre n'en peut donner aucune idée.

Ce troisième temps est terminé, lorsque le museau de tanche est accessible par l'abdomen. La combinaison du toucher vaginal avec la palpation de la plaie est l'unique moyen de contrôle, à cause de la transformation que les efforts ont amenée dans la consistance du col utérin. Le contraste rappelle ce qui se passe, au point de vue de la consistance, lorsqu'il s'agit du col utérin pendant les premières heures après l'accouchement; et il serait illusoire de prétendre se borner à une exploration pratiquée par la plaie seulement.



Fig. 3.

Après dégagement de la vessie (soit au moyen des doigts, soit au moyen du bistouri), le réservoir urinaire est refoulé en avant, soit par les soins d'un aide, soit par la main gauche du chirurgien lui-même. — L'incision du cul-de-sac antérieur du vagin est pratiquée sous la forme d'une simple boutonnière, suivant une ligne longitudinale, exactement à la limite la plus supérieure, très près du museau de tanche. — Pénétrant par cette boutonnière antérieure, la sonde cannelée enfonce la paroi postérieure du vagin, sans aucun soin.

Le quatrième temps se réduit à faire une boutonnière étroite et médiane immédiatement en avant du museau de tanche. — Il n'y a aucun inconvénient à intéresser quelque peu la lèvre antérieure pendant cette manœuvre. Dès que la pénétration dans la cavité vaginale est un fait acquis, le résultat peut être considéré comme obtenu.

Le cinquième temps consiste à passer une sonde cannelée par la boutonnière qui vient d'être obtenue; à la conduire d'avant en arrière sur la ligne médiane; et traverser la paroi postérieure pour pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas.

La fig. 3 représente la situation après l'accomplissement de ces différents temps.

Tous sont extrêmement faciles et rapides à exécuter sur le cadavre.

Les derniers temps ne présentent pas d'intérêt au point de vue d'une opération expérimentale.

Tous ceux que nous venons d'exposer, ont été vérifiés après leur accomplissement régulier. Tous ont été trouvés faciles à réaliser sans léser les uretères, et sans manquer aux règles générales de la chirurgie, tant au point de vue de l'hémostase qu'au point de vue de l'antisepsie.

9 mars 1892.

Lille Imp. L. Danel.

Sous le titre *hystérectomie totale par la voie abdominale*, M. Lannelongue, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux, a fait le 12 juillet 1892 la communication suivante à la *Société d'obstétrique de gynécologie et de pœdiatrie de Bordeaux*.

« M. Lannelongue présente un volumineux utérus fibromateux enlevé chez une femme dont il fait lire l'observation par son interne, M. Faguet. Il s'agit d'une femme de trente-six ans, multipare, de bonne santé habituelle. Elle découvrit, il y a cinq ans, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une noix, dure, très mobile, indolore ; jamais de troubles menstruels ; cette tumeur conserva ces caractères jusqu'en mars 1892. A ce moment, les règles furent et demeurèrent supprimées. Le ventre augmenta dès lors brusquement de volume, pour prendre un développement rapide et considérable. En même temps apparurent des douleurs à la moindre pression abdominale, au moindre mouvement ; constipation extrême ; épistaxis intenses et fréquentes.

» La palpation révéla une tumeur volumineuse, uniforme, de consistance ferme, régulièrement arrondie, occupant la partie médiane de l'abdomen. Matité absolue dans toute l'étendue de la tumeur qui remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde. Les flancs sont sonores en toute position.

» Pas de bruit de souffle.

» La vessie paraît étalée à la partie antéro-inférieure de la tumeur.

» Le col, conique, fermé et dur en tous points, est à gauche et en haut, derrière la symphyse. Les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont saillants et contiennent une tumeur liquide et fluctuante que révèle aussi le toucher rectal.

» Hystérométrie, dix centimètres.

» État général mauvais ; amaigrissement ; gêne respiratoire. Ces phénomènes imposent l'opération qui est pratiquée le 6 juillet. L'utérus enlevé pèse 9 kilogrammes. M. Faguet procède à la coupe de cet utérus, dont les deux tiers supérieurs sont occupés par la tumeur fibromateuse décrite ; le tiers inférieur est occupé par la présence d'un petit fœtus de quatre mois environ, enveloppé de quatre membranes.

» M. Lannelongue. J'avoue que je n'avais pas cru à l'existence d'une grossesse, malgré l'aménorrhée et la présence d'une tumeur kystique et fluctuante au niveau du bassin. D'ailleurs, je n'en aurais pas moins pratiqué l'opération que les phénomènes généraux menaçants imposaient. Voici comment j'ai procédé : une fois l'utérus amené hors de l'abdomen, diverses méthodes s'offraient à moi ; les traitements intrapéritonéal et extrapéritonéal du moignon ont chacun leurs adeptes et aussi chacun leurs dangers. Le traitement extrapéritonéal, celui qui compte le plus de succès à son actif, m'a souvent donné des mécomptes. C'est ainsi que chez deux malades, opérées de la sorte par moi, il est survenu, rapidement après l'intervention, du ballonnement abdominal, du refoulement diaphragmatique et la mort par asphyxie. A l'autopsie, aucune trace de péritonite. J'ai attribué la mort à une traction exercée par le moignon extrapéritonéal sur des filets du grand sympathique.

» J'ai choisi de préférence la méthode de Guermonprez qui prescrit de faire l'hystérectomie totale en deux temps par la voie abdominale. Une fois l'utérus à découvert, j'ai placé deux longues pinces sur chaque ligament large, j'ai sectionné de chaque côté entre ces deux pinces, séparant ainsi l'utérus de ses annexes ; puis, j'ai continué en avant et en arrière ces incisions latérales, et je me suis ensuite aidé du doigt pour séparer l'utérus de ces connexions vésicales et postérieures. Dès lors, la tumeur s'est soulevée avec facilité.

» Pendant que je la fais maintenir soulevée, je transperce la paroi vaginale d'avant en arrière, au moyen d'une sonde cannelée poussée jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Cette sonde cannelée me servant de guide, j'insinue par la même voie deux grandes pinces et je sectionne le vagin entre ces pinces et le bord correspondant de l'utérus. L'utérus était dès lors entièrement libéré.

» J'ai pratiqué des sutures à la soie et enlevé les annexes.

» J'ai bourré, à la façon de Mickulicz, le fond de la cavité pelvienne

d'une bandelette de gaze iodoformée mise en communication, non avec la paroi abdominale, mais avec le vagin.

» Depuis sept jours que la malade a été opérée, les suites sont excellentes (1). Un peu d'élévation de température hier, qui a cessé dès l'ablation de la gaze iodoformée qui commençait à sentir mauvais. Je l'ai remplacé par un tampon d'ouate iodoformée.

» Je tiens à signaler quel grand avantage présente, par sa simplicité et sa facilité, l'opération de Guermonprez à laquelle j'ai eu recours, sur celle de Péan, plus compliquée puisqu'elle oblige à une double intervention, abdominale, puis vaginale. »

M. Lefour. « Cette observation est des plus remarquables ; au point de vue obstétrical, il faut se souvenir que l'arrêt brusque des règles, dû ici à la grossesse, se produit quelquefois par la seule présence du fibrome. A noter aussi ce développement brusque de la tumeur sous l'influence de la grossesse. C'est un fait sur lequel a beaucoup insisté Guéniot.

» En tout état de cause, ici l'opération s'imposait ; mais si cette femme avait pu mener cette grossesse à terme, il est possible qu'elle eût accouché sans encombre, le fibrome n'occupant pas l'excavation ; souvent même certains fibromes qui plongent dans le bassin, sans y contracter d'adhérences, remontent au moment de l'accouchement, laissant ainsi le passage libre au fœtus.

» Au point de vue chirurgical, il faut féliciter M. Lannelongue d'avoir préféré aux méthodes extra et intrapéritonéales, toutes fécondes en revers et à l'hystérectomie abdomino-vaginale de Péan, un peu compliquée, le procédé plus simple de Guermonprez.......»

---

(1) Aujourd'hui, dixième jour, après l'opération, la malade va fort bien.

Lille Imp. L. Danel.